

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

478

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Émile BOUCHARA

*Docteur en Pharmacie
de l'Université de Paris.*

Né le 23 décembre 1906, à Alger (Algérie).

Importance de l'Observation et du Traitement des Malades considérés comme chroniques

Président : M. CROUZON, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Émile BOUCHARA

*Docteur en Pharmacie
de l'Université de Paris.*

Né le 23 décembre 1906, à Alger (Algérie).

Importance de l'Observation
et du Traitement des Malades
considérés comme chroniques

Président : M. CROUZON, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Clinique médicale	Marcel LABBE.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	MARION.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Maurice VILLARET.
Clinique propédeutique	BEZANÇON.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique cardiologie	CROUZON.
Clinique d'Assistance médico-sociale	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BEZANÇON	GASTINEL Bactériologie.
(Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
BOULIN Pathologie médicale.	gie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.	GAYET Physiologie.
CATHALA Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAGUENAU.... Pathologie médicale.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.

MM.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULE.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MA FILLE

A TOUS LES MIENS

A MONIEUR LE PROFESSEUR CROUZON

Professeur à la Chaire d'Assistance Médico-Sociale
de la Faculté de Médecine de Paris.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu nous faire le grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

Hommage très respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR KOURILSKY

Médecin des Hôpitaux.

*Qui a bien voulu nous inspirer ce travail.
Qu'il veuille trouver ici l'expression de
notre profonde gratitude pour les conseils
qu'il nous a prodigués.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Il nous a été donné de pouvoir observer durant notre stage d'une année la marche des services de l'Hôpital-Hospice ouvert récemment à Garches par l'Assistance Publique de Paris.

Sur les conseils de notre Maître, le Docteur KOURILSKY, nous avons entrepris ce travail sur le fonctionnement du service. Nous allons essayer de dégager les avantages que présente la formule nouvelle d'Hôpital-Hospice fonctionnant comme service actif.

Dans un I^{er} Chapitre, nous décrirons d'abord la situation particulière de l'Hôpital Raymond Poincaré. Nous étudierons l'organisation du service, son fonctionnement, son rôle.

Dans un II^e Chapitre, nous essaierons de rendre compte aussi exactement que possible du roulement du service.

Dans un III^e Chapitre, nous donnerons une vue d'ensemble de l'activité scientifique et les possibilités de recherches futures.

Dans un IV^e chapitre, nous donnerons les statistiques que nous avons faites sur l'état sanitaire.

CHAPITRE PREMIER

Nous avons été frappés par les multiples intérêts que présente cette nouvelle formule d'Hôpital-Hospice :

Au point de vue médical :

Elle permet de connaître la pathologie du vieillard, de faire des études sur la pathologie générale.

Au point de vue Malades :

Elle permet des soins constants et plus appropriés à leur état que dans les services d'aigus où le roulement du service prend trop de temps et où les services physio et électrothérapiques ne peuvent être encombrés par des traitements de longue haleine;

Au point de vue de l'administration :

Le fonctionnement de l'Hôpital-Hospice de malades chroniques est moins coûteux. La récupération de certains malades qui peuvent être placés dans une maison de vieillards ou rentrer chez eux diminue la charge de l'assistance.

DEFINITION DU SERVICE

La situation particulière de l'hôpital Raymond Poincaré conçu et construit pour recevoir des malades chroniques nous oblige à définir exactement l'hôpital.

a) LES BATIMENTS :

L'hôpital est construit au milieu du Parc de la Fondation Brézin, situé à Garches (Seine-et-Oise), en face du Parc de l'Institut Pasteur, situation privilégiée sans agglomération industrielle à proximité.

Les malades sont répartis dans trois bâtiments qui ont été ouverts successivement; aucune sélection n'est faite pour leur répartition dans les bâtiments.

Les trois bâtiments sont exposés au sud.

TROIS TYPES DE PAVILLON :

PAVILLON A.

Bâtiments construits en briques avec sous-sol où sont aménagés la radiographie centrale, les services électrothérapiques, l'infirmerie du personnel, une salle d'opérations.

Trois étages semblables comprenant 2 ailes antérieures de 22 lits, 2 ailes postérieures de 18 lits. Ces 4 ailes sont perpendiculaires à la direction générale du bâtiment. Entre les ailes antérieures, 2 séries de 6 boxes, séparés par une salle commune de 8 lits. Entre les ailes postérieures, 2 salles de 6 lits.

Ce bâtiment présente l'inconvénient de ne pas avoir de chambres d'isolement pour séparer les malades agités.

PAVILLON B.

Bâtiments construits en briques avec sous-sol où sont aménagés les laboratoires, la radioscopie du service, le bureau du chef de service .

Trois étages comprenant chacun 140 malades et disposés symétriquement :

4 ailes disposées perpendiculairement à la direction du bâtiment; chacune d'elles formant une salle commune de 22 lits; les 2 ailes extrêmes sont pourvues de terrasse-solarium exposée au midi.

Entre les ailes 6 groupes de 6 boxes.

Sur un plan postérieur un groupe de 3 chambres répondant aux ailes; entre les groupes de chambres les salles de réunion, réfectoires, lavabos, water-closet.

PAVILLON C.

Bâtiments construits en briques.

Il est conçu différemment :

3 ailes seulement dont deux extrêmes antérieures sont exposées au sud et comparables aux précédentes et une postérieure médiane.

Il existe en outre aux 2 extrémités 2 petites salles communes de 16 lits et au milieu 2 salles de 6 lits.

Ces 3 pavillons sont reliés par des sous-sols aux services généraux : cuisine, lingerie, pharmacie.

Le fonctionnement du service a montré la supériorité de la disposition du pavillon B; la surveillance en est plus facile — le personnel, ayant des malades plus groupés, se fatigue moins — l'accès des salles donnant toutes sur le couloir central ne nécessite pas le passage dans d'autres salles pour les atteindre.

La *disposition intérieure* des bâtiments permet la classification suivante :

Les malades aigus dans les chambres,

Les malades en traitement dans les boxes,

Les malades séniles, gâteux ou valides, sont groupés suivant leur catégorie dans les salles communes.

Enfin au pavillon C, au sous-sol, existe un isolement de 4 pièces pour les malades agités, espace qui s'est révélé nettement insuffisant.

b) LES MALADES :

Ils sont recrutés dans les Hôpitaux de Paris, par désignation du chef de service, et sont placés à Garches comme chroniques. L'Hôpital-Hospice a donc pour but initial de désencombrer les Hôpitaux parisiens des malades qui ne peuvent ni être renvoyés dans leur famille, ni être placés dans une maison de retraite de vieillards.

L'admission prononcée est définitive : le malade ne peut plus retourner dans les Hôpitaux de Paris, même lorsque l'affluence due à l'hiver ou aux épidémies saisonnières a disparu.

Si pour une raison de traitement le malade est envoyé dans un service parisien, chirurgical ou spécialisé, il reste en subsistance à Garches et revient, le traitement terminé.

Le rôle de l'Hôpital-Hospice est donc de garder ces malades. En réalité, certains sont dirigés à Garches, en attendant leur placement dans une maison de retraite, ce qui permet d'avoir un renouvellement de malades assez important. Leur placement est d'autre part activé. De plus, il se trouve que l'Hôpital de Garches devient un centre de triage, le but poursuivi étant de récupérer le plus grand nombre de malades pour les placer dans les hospices.

Les sortants sont ainsi assez nombreux :

1) Vu l'éloignement de Paris, certains sont repris par leurs familles qui jusque là s'y refusaient.

2) Les autres sont placés :

à la Salpêtrière,

à Bicêtre,

ou dans des maisons de santé communales.

Aucun malade ne peut être admis directement à Garches, sans avoir été précédemment hospitalisé dans un service des Hôpitaux de Paris. Une seule exception est faite pour les malades de l'Hôpital de Saint-Denis.

Les malades hospitalisés jouissent d'une grande liberté : ils sortent tous les après-midi dans le parc de l'hôpital; une permission de la journée leur est accordée une fois par mois.

De multiples distractions sont mises à leur disposition :

Salles de jeux;

Postes de T. S. F.;

Cinématographe (deux séances par semaine).

Les statistiques que nous avons faites montrent qu'il y a, sur 300 malades :

Malades au-dessus de 80 ans	18
Malades entre 60 et 80 ans	166
Malades de 40 à 60 ans	93
Malades au-dessous de 40 ans	23
	300

Les affections dont ils sont atteints sont les plus diverses :

Maladies du système nerveux : 30 %

dont les hémiplegies forment les 2/3 de l'Effectif;

Maladie de Parkinson;

Sclérose en plaques;

Tabès;

Polynévrite;

Myopathie;

Maladies des os et des articulations : 18 %

dont la presque totalité est constituée par les rhumatisants chroniques.

En outre on trouve :

Des séquelles de fracture surtout col du fémur;

Des arthrites ankylosantes : hanche, genou.

Maladies de l'appareil circulatoire : 14 %

Cardiaques en hyposystolie;

Hypertendus;

Artérites des membres inférieurs;

Variqueux avec ulcère.

Maladies de l'appareil digestif : 6 %

dont le plus grand nombre est formé par des Diabétiques.

On trouve également :

Des cancers digestifs inopérables;

Des malades en état de subocclusion ou faisant des menaces d'occlusion à répétition.

Maladies des Poumons : 9 %.

Asthmatiques;

Emphysémateux;

Dilatation des bronches;

Et quelques cas de tuberculose. Ce sont en réalité des tuberculoses anciennes qui se sont réveillées, aucun malade n'étant admis porteur de tuberculose.

c) LE PERSONNEL :

Est identique à celui des établissements parisiens.

Le *personnel soignant* comprend les mêmes cadres mais la proportion en est toute différente :

1 surveillante par étage, c'est-à-dire, pour 140 malades;

4 infirmières;

1 première infirmière;

de nombreuses filles de service.

La nuit le service est encore plus réduit : une seule surveillante par pavillon, donc pour trois étages comprenant chacun 140 malades.

Le *personnel médical* comprend par service :

Un chef de service, Médecin des hôpitaux;

Un assistant ancien interne de Paris;

4 internes nommés au concours spécial de Brévannes-Garches. Depuis 1938, trois places seulement sont disponibles, la quatrième est mise au choix des titulaires ou à défaut des provisoires de Paris.

Des stagiaires remplissant les fonctions d'externe, le service étant reconnu par la Faculté comme service de clinique annexe.

ROLE DE L'HOPITAL-HOSPICE

En principe, celui d'un hôpital de désencombrement où sont dirigés les malades dont le traitement établi doit être poursuivi; donc, fonctionnement au ralenti avec des services annexes réduits ne devant servir que pour les éventualités survenant dans cette collectivité de 1.200 malades :

D'où annexion :

D'un laboratoire de Chimie;

— de Bactériologie;

— d'Histologie;

D'un poste central de Radiologie;

D'une salle d'opération avec poste de stérilisation fonctionnant pour la stérilisation de tout l'Hôpital.

En pratique, le fonctionnement du service a montré qu'il en était tout autrement et qu'on ne pouvait se limiter aussi étroitement. Au début, l'Hôpital de Garches était rattaché à certains Hôpitaux Parisiens pour les consultations de spécialités, mais vu l'éloignement et la difficulté du transport des malades, il a fallu pratiquement arriver à une certaine autonomie. Actuellement on fait le maximum sur place.

Sur la demande des chefs de service, des consultations spécialisées ont été ajoutées; c'est ainsi qu'à ce jour, il existe :

Une *consultation d'Ophthalmologie*, faite une fois par semaine par un Ophtalmologiste des Hôpitaux; nous verrons plus loin la statistique des examens effectués. La consultation est pourvue d'appareils modernes.

Une *consultation d'Oto-rhino-laryngologie* faite dans les mêmes conditions. Prochainement s'ouvrira une consultation dentaire.

Ajoutons que les spécialistes peuvent être appelés en cas d'urgence.

Le fonctionnement des services d'une manière active s'est rapidement établi; l'intérêt que les malades en ont tiré est évident. Cette activité a également donné jour à des travaux scientifiques et le personnel médical s'est accru d'assistants bénévoles.

Un assistant spécialisé dans les maladies du cœur et des vaisseaux, étudie :

les hypertensions solitaires;

les hypertensions paroxystiques;
l'indice oscillométrique des vieillards.

Enfin les laboratoires ont été aménagés en vue d'examens variés.

L'histologie est faite sur place ainsi que toute la bactériologie. Un laboratoire d'expérimentation sur les animaux est prêt à entrer en fonctionnement.

La pharmacie outre les analyses habituelles est outillée pour les dosages du phosphore;

du chlore globulaire et plas-
matique;

du cholestérol.

Enfin sous l'impulsion du Docteur KOURILSKY et grâce à l'obligeance du Docteur RAMON, des relations presque quotidiennes ont été établies avec l'Institut Pasteur situé à proximité; on a ainsi toutes les anatoxines et la possibilité de faire préparer des fil-
trats.

Nous voyons donc que le service a une marche ac-
tive, mais cette activité ne s'adresse pas à tous les
malades :

a) $\frac{1}{3}$ environ sont des chroniques en instance de
placement, complètement valides; ils vont et viennent
dans le parc, voire même se livrent à de menus tra-
vaux. A part leurs infirmités, ils peuvent être consi-
dérés comme des adultes bien portants. Comme eux
ils sont sujets aux :

Grippes;

Angines;

Bronchites;

Erysipèle;

Varicelle;

Zona.

Ce sont eux qui fournissent au service les cas aigus.

b) 1/3 des malades sont des séniles gâteux ou grabataires pour lesquels le rôle médical est réduit à une thérapeutique d'hygiène afin d'empêcher l'extension des troubles trophiques et l'infection. Par contre, les soins que nécessite leur état, sont une lourde charge pour le personnel hospitalier.

c) Enfin un 3^e groupe comprend les malades les plus intéressants; ce sont des malades provisoirement stabilisés, en évolution, ou améliorables.

Parmi eux :

Les hypertendus, hémiplegiques ou non, ont leur tension prise tous les mois s'ils sont bien portants. Au moindre malaise la tension est prise par les infirmières éduquées en conséquence.

Pour les diabétiques, l'analyse qualitative des urines est faite journellement par les infirmières.

La glycémie et le poids sont appréciés tous les mois.

Mais l'activité du service est spécialement dirigée vers la récupération fonctionnelle; un appareillage important a été installé donnant la possibilité de traiter les

séquelles d'hémiplegie,

de polynévrite,

les troubles trophiques en général,

de lutter contre l'atrophie musculaire, les raideurs articulaires.

Terminons avec l'organisation du service en disant que tous les malades, même ceux qui sont valides, sont suivis au point de vue :

Température prise seulement le matin pour les valides;

Selles soigneusement notées, car les crises pseudo-occlusives sont fréquentes;

Agitation nocturne;

Changement d'habitus.

Les malades sont classés et groupés suivant leur pathologie. Un repérage des malades à suivre est soigneusement tenu à jour; enfin un service d'archives et un secrétariat médical sont assurés en partie par le personnel hospitalier, en partie par des concours bénévoles.

CHAPITRE II

Les malades suivis et traités représentent toute la gamme de la pathologie. Aussi nous verrons appareil par appareil les particularités que nous avons pu noter.

En premier lieu viennent les malades du système nerveux. C'est le groupe des infirmes par excellence, dont l'évolution est arrêtée. Les soins appropriés à leur état sont des soins d'hygiène générale et le traitement des séquelles. L'Hôpital Raymond Poincaré a été outillé en vue de ce traitement.

Les maladies du système nerveux sont les plus diverses.

Hémiplégies : 30 % environ des malades. Ils ont des séquelles plus ou moins importantes les rendant grabataires (1/3 des cas) ou leur laissant une certaine validité (1/3 des cas).

Sclérose en plaques : 5 % ; ce sont presque tous des malades confinés au lit, paraplégiques au dernier stade.

Parkinson : 5 %, dont la moitié des cas sont des jeunes de 30 à 35 ans.

parkinsons post-encéphalitiques, chez des sujets

Tabès : 3 %, ayant souvent de grosses arthropathies.

Polynévrites : 3 %, malades grabataires aux déformations fixées.

Les autres syndromes neurologiques se comptent par unité. Ce sont des cas non seulement rares, mais arrivés à un stade avancé et il est intéressant de savoir ce que ces malades deviennent à la longue.

Myopathie : 3 cas. Malades jeunes d'environ 30 ans, dont la maladie a débuté depuis 10 ou 15 ans.

Obs. — *Mademoiselle Loi...*, hospitalisée depuis un an à Garches. Malade âgée de 28 ans; le début des troubles remonte à l'âge de 15 ans. Progressivement l'atrophie musculaire s'est constituée, d'abord aux épaules, les omoplates ont été fixées au thorax; l'atrophie a gagné les membres et le tronc. Actuellement la malade semble fixée; elle n'évolue plus depuis quelques années; le traitement par le glycocolle per os n'a donné aucun résultat. La symptomatologie de myopathie est complète :

Aspect du visage

Taille de guêpe

Démarche.

Malgré le stade avancé des lésions la malade est considérée comme valide : elle se promène dans les jardins, mange au réfectoire. Elle est même capable de faire du dessin : croquis, pastels, sans être gênée.

Donc cette malade dont l'évolution avait été progressive, irrémédiable, peut être considérée comme fixée avec une infirmité qui, quoique importante, lui laisse mener une vie seulement ralentie.

De même nous avons pu observer une malade atteinte de :

Sclérose latérale amyotrophique, dont l'observation est curieuse.

Obs. — Madame Tri..., âgée de 30 ans. Le début des troubles remonte à Mai 1935, après un état grippal avec fièvre à 40°, angine et maux de tête. La malade ressent une fatigue intense avec pseudo-claudication intermittente à la marche provoquée par la fatigue, mais sans douleurs. La démarche devient hésitante, puis ébrieuse.

Aux membres supérieurs, des troubles apparaissent : la malade lache les objets sans s'en apercevoir. On note en outre une baisse de l'acuité visuelle.

A la fin de 1935, un tableau de paraplégie spasmodique est constitué; la ponction lombaire ne montre rien.

Puis l'évolution se poursuit : les contractures apparaissent aux membres supérieurs, au cou; enfin en Juillet 1936, on note une atrophie des masses hypothénarienne et thénarienne. La malade est hospitalisée à la Pitié, puis à la Salpêtrière, et l'on fait le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique.

La malade est passée à Garches en Avril 1937. Depuis cette date, les bilans successifs ont été faits et on a constaté un arrêt du processus.

Nous avons signalé ces observations pour montrer que du point de vue scientifique l'étude des malades considérés comme chroniques est pleine de ressources. De plus, nulle part mieux qu'à Garches on ne peut montrer aux stagiaires des cas cliniques aussi typiques, aussi bien d'arthropathies tabétiques que de myopathie et de sclérose en plaques.

De tous ces malades ceux à qui s'appliquent le plus les traitements sont les hémiplésiques. C'est pourquoi nous allons décrire le Service des agents physiques conçu en grande partie pour ces malades.

Le Service comprend comme *personnel médical* ·
un Radiologue.

L'appareillage se compose de 4 postes de courant continu :

On fait,

l'ionisation, soit Calcique,
soit Iodurée,
soit Histaminée.

On soigne : les hémiplegies.
le zona,
la paraplégie,
le tabès avec amyotrophie,
le parkinson,
la sclérose en plaques.

Ondes courtes : un poste, donnant la *diathermie*
s'adresse aux :

polynévrites,
hémiplegies,
hypertensions,
algies,
rhumatismes,
artérites,
troubles trophiques du diabète,
arthrites,
ulcères variqueux,
séquelles de fracture.

Infra-rouges : un poste, s'adresse aux rhumatismes
chroniques.

Haute fréquence; un poste, permet :
l'électrocoagulation

où l'on traite les :

épithéliomas cutanés des vieillards assez fréquents.

Ultra-violets : deux postes, un poste à arc,
un poste à mercure.

On soigne : l'emphysème,
l'eczéma,
le parkinson,
les cals de fractures,
les adénopathies chroniques,
les maladies de Friedreich.

Ceci posé voyons le groupe des malades hémiplegiques et les bénéfices qu'ils ont pu tirer du traitement par les agents physiques.

Nous avons pu dépouiller un grand nombre d'observations et voir nous-même de nombreux malades. Nous avons constaté de multiples et importantes améliorations; cependant avant de citer quelques-uns des principaux cas, nous devons dire sur quelle échelle exactement nous avons pris ces résultats.

Sur les 200 malades environ atteints d'hémiplégie une moitié seulement a reçu un traitement électrique. Ce sont d'abord les malades qui étaient jugés les plus aptes à bénéficier du traitement. Ils ont reçu un traitement de longue durée : 60 séances, échelonnées sur plusieurs mois.

Ensuite suivant les disponibilités des appareils furent traités des malades dont le processus évolutif plus ancien leur donnait moins de chances de guéri-

son. Enfin même, certains malades pour qui on ne pouvait avoir aucun espoir furent envoyés pour quelques séances, tant leur désir et leur confiance dans le traitement électrique nous imposaient de faire un traitement destiné à améliorer leur moral.

D'ailleurs, même chez les malades grandement améliorés on doit faire la part de l'influence psychique.

Notre étude porte sur 50 cas traités dans le service. En effet, nous avons été obligés de restreindre le nombre des observations étudiées, car chez ces hémiplegiques dont beaucoup sont aphasiques et d'autres séniles, les observations concernant l'histoire ne sont pas suffisantes.

Les 50 observations que nous avons conservées sont prises sur des malades qui ont une hémiplegie plus ou moins ancienne survenue à des âges différents, dans différentes conditions, de façon à être placé devant les cas les plus divers et pour serrer de plus près la réalité.

On note :

28 échecs complets : le traitement n'amène aucune amélioration ou doit être interrompu du fait de la fatigue due au transport des malades.

Nous allons donner quelques observations résumées.

TRAITEMENT SANS RESULTAT

Obs. 1. — Madame Sou..., 56 ans.

Début brusque en Juillet 1937.

Le traitement n'a été commencé qu'à son arrivée à Garches en Février 1938. A ce moment, avant tout traitement, on notait une amélioration spontanée. La malade avait récupéré des mouvements des rotateurs de la cuisse, pouvait soulever le pied du plan du lit. Quelques mouvements étaient possibles aux membres supérieurs.

Le traitement par ionisation calcique, a amené une diminution des raideurs aux membres supérieurs; les mouvements des membres inférieurs ne gagnent pas d'amplitude; la force musculaire fait défaut; la marche est impossible.

Obs. 2. — Madame Bod..., 58 ans.

Début brusque par un ictus il y a 17 ans.

L'aphasie régresse spontanément.

Traitement entrepris tardivement, aucune amélioration.

Obs. 3. — Monsieur Cha..., 76 ans.

Hémiplégie gauche depuis 4 ans, survenue sans ictus. Amélioration spontanée puisque le malade marche avec des cannes, difficilement. On entreprend le traitement, mais aucune amélioration.

Le traitement est bénin, seul le fait qu'il faut transporter les malades d'un pavillon à l'autre est une contre-indication chez les affaiblis. Nous citerons pour être complet le seul accident enregistré pendant une année, bien qu'il semble que le traitement ne doive pas être incriminé.

Obs. — Madame Gar...

Atteinte d'hémiplégie droite avec aphasie datant de deux

mois. L'hémiplégie s'est constituée sans ictus; la malade n'a présenté aucune amélioration spontanée. Elle est envoyée au traitement : son hémiplégie étant récente, on pense obtenir un bon résultat. La tension artérielle prise avant le début du traitement est de 19-12; prise avant chaque séance, elle est invariable.

Après une des séances d'ionisation faite le matin à 11 heures, la malade est prise vers 3 heures de l'après-midi de malaises et vomissements. Examinée à cette période, on constate des crises épileptiformes. Elle meurt dans la soirée.

A l'autopsie, on trouve :

Cerveau : Gros caillot sanguin dans le ventricule gauche dilacérant la matière cérébrale; sang dans le ventricule droit et dans le 3^e ventricule; on prélève la sylvienne qui est indurée.

En outre, foie ficelé, aspect syphilitique. Il semble, l'hémiplégie étant récente, que le processus n'était pas éteint et qu'une simple coïncidence a fait concorder l'accident avec la séance d'ionisation.

LEGERE AMELIORATION APRES TRAITEMENT

Chez d'autres malades le traitement amène une amélioration légère ou parfois plus importante; dans ce cas, le résultat ne peut être entièrement attribué à l'électricité et il faut en retrancher la part subjective. Nous citerons :

Obs. 1. — Monsieur Tau..., 54 ans.

Hémiplégie droite avec aphasie remontant à 1934. En 1937, date du début du traitement, presque tous les mouvements sont possibles. Il subsiste en outre des troubles importants de l'arthrie.

Après 35 séances d'ionisation calcique on ne constate aucune amélioration fonctionnelle du côté des membres; par contre, diminution des troubles de la parole.

Obs. 2. — Monsieur Cav..., 73 ans.

Début brutal sans ictus, hémiplegie gauche. Après traitement aucun progrès des mouvements, mais amélioration de la parole.

L'amélioration obtenue ne portant que sur les troubles aphasiques résiduels peut évidemment être mise sur le compte de la psychothérapie. Nous ne voulons pas sous-estimer la valeur du traitement électrique. Que l'amélioration soit due à l'électricité elle-même ou à son action psychothérapique, seul importe le résultat.

Nous allons maintenant résumer quelques observations de *malades très améliorés*.

MALADES TRES AMELIORES

Obs. 1. — Madame Bel..., 58 ans.

Syndrome thalamo-sous-thalamique, datant de 1934, ayant débuté par un ictus brutal.

A son arrivée à Garches, la malade se plaint de céphalées. A l'examen, au membre inférieur, tous les mouvements sont possibles; elle tient sur ses jambes.

Au membre supérieur, mouvements limités, main thalamique.

L'hémisyndrome sensitif prédomine au membre supérieur.
Première séance en Juin 1937.

A la 15^e séance : état général amélioré; les céphalées ont disparu; la malade se sert de son bras, s'habille, fait son lit seule.

22° séance : la malade accuse des troubles sensitifs dans le membre inférieur.

45° séance : amélioration des troubles moteurs; les troubles sensitifs persistent.

60° séance (14 mars 1938) : la malade ne souffre plus. L'état fonctionnel est très amélioré. Elle pourrait vivre seule si elle en avait les moyens pécuniaires. En tout cas elle peut être placée dans une maison de vieillards.

Obs. 2. — Madame Mat..., 60 ans.

Hémiplégie droite avec aphasie, ayant débuté il y a 8 mois par un ictus.

Avant le traitement, comme mouvement on note l'élévation du pied au-dessus du plan du lit.

A la 60° séance, le malade marche en se tenant aux meubles.

De nouvelles séances d'ionisation seront faites après le repos habituel de deux mois et on espère une récupération fonctionnelle.

Obs. 3. — Madame Del..., 54 ans.

En Décembre 1936, hypertendue. Maxima 25 — Minima 15; céphalées qui amènent la malade à consulter dans un hôpital parisien. On lui fait une ponction lombaire quelques jours après; tension artérielle, Max. 14,5 — Min. 9.

Le malade fait une hémiplégie flasque, qui s'améliore rapidement. Marche en Mars 1937, mais péniblement. La malade est alors envoyée à Garches et après 60 séances d'ionisation calcique :

elle marche sans canne,

peut tricoter,

les étourdissements ont disparu,

l'état général est bon.

C'est une malade entièrement récupérée.

Obs. 4. — Madame Swe..., 38 ans.

Hémiplégie droite sans ictus datant de Novembre 1935, prédominant au membre supérieur, rapidement spasmodique.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative. Cœur normal.

En *Avril 1937* on fait des ondes courtes; malaises, aggravation des contractures et parole moins facile.

On fait un mois après de l'ionisation.

Dès la *15^e séance*, l'élévation du bras est possible; la marche est plus aisée.

30^e séance : l'amélioration se poursuit; la malade se sert de sa main, peut plier la jambe.

45^e séance : le membre inférieur est souple; les troubles aphasiques ont diminué.

Ces améliorations sont évidemment une minorité, mais très encourageante par ses résultats.

En outre, on note chez tous les malades une amélioration de l'état général; une diminution des céphalées, des étourdissements. Ces faits sont appuyés par la diminution de la tension artérielle qui se stabilise, ce qui fait entrevoir un meilleur pronostic.

Obs. 1. — Monsieur Bru..., 65 ans.

Hémiplégie droite sans ictus en *Avril 1937* :

Avant le traitement : tension artérielle 18-9,5.

Après le traitement : tension artérielle 16,5—9.

Peu de progrès du côté paralysé.

Obs. 2. — Monsieur Cam..., 66 ans.

Hémiplégie droite, sans ictus en *Septembre 1936*.

Avant le traitement : tension artérielle Max. 20, Min. 11.

Après 30 séances : tension artérielle Max. 15, Min. 9.

L'aphasie a régressé.

Cette étude du traitement électrique chez les hémiplogiques nous a également permis de constater quelques faits intéressants à signaler.

L'amélioration par le traitement ne se voit que chez des malades qui se sont au début améliorés spontanément. Exceptionnellement on obtient une amélioration dans le cas contraire.

Il semble également que l'on obtienne une plus grande amélioration lorsque l'hémiplégie est apparue sans ictus.

Enfin le traitement peut être entrepris très tardivement, mais avec moins de chances de succès; cependant on doit toujours espérer une amélioration. Dans les cas observés le début de l'hémiplégie remontait à deux ans environ.

POLYNEVRITES

Le nombre des malades est beaucoup moins important. Nous avons pu trouver 7 observations de malades traités par les ondes courtes. Les résultats sont satisfaisants. Tous ont été améliorés au point de vue fonctionnel et au point de vue trophique.

Après le traitement le membre se recolore, devient plus chaud, plus souple : les douleurs, les fourmillements ont disparu. Sur 7 malades, 4 ne marchaient pas, 3 se tenaient juste debout.

Après traitement, ceux qui se tenaient debout marchent plus ou moins facilement; sur les 4 qui étaient confinés au lit, 3 sont améliorés et font leurs premiers pas.

Le traitement suivi est un traitement électrique, de 15 séances d'ondes courtes, puis repos de 3 se-

maines; puis nouvelle série et ainsi jusqu'à 60 séances, au total. A ce traitement s'associent massages et mobilisations faits par des infirmières spécialisées.

Nous citerons le cas le plus typique.

Obs. — Madame Lam... 57 ans.

Début en Mars 1936; à l'interrogatoire on obtient peu de renseignements car c'est une malade au psychisme déficient.

A l'examen on trouve : une polynévrite de type éthylique; la pointe des pieds est pendante, les réflexes sont abolis. Les troubles sensitifs (douleurs à la pression des masses musculaires des mollets) signent l'origine éthylique de l'affection.

Les troubles trophiques sont importants : le tendon d'Achille a subi une rétraction fibro-tendineuse. Les membres inférieurs ont un aspect cyanotique : ils sont froids à la palpation.

La malade ne tient pas sur ses jambes.

Dès la 15^e séance : la circulation du membre s'est améliorée, les téguments sont chauds.

30^e séance : quelques pas sont possibles en se tenant aux anneaux.

45^e séance : grosse amélioration. Les rétractions fibro-tendineuses ont cédé aux massages et mobilisations; la cyanose a diminué; la marche est possible avec cannes.

60^e séance : les membres inférieurs sont souples et chauds. La malade vient à pied au traitement alors qu'au début on la transportait sur un brancard. Toujours pas de réflexes.

On peut considérer cette malade comme étant fonctionnellement récupérée.

Parmi les malades neurologiques, les hémiplegiques et les polynévritiques bénéficient vraiment de l'organisation du service. Les autres sont traités comme à l'habitude.

MALADIES DE PARKINSON

Nous avons pu constater que le traitement par la méthode Bulgare au Vin Belladonné permettait d'obtenir une sédation excellente des troubles. Ce Vin est préparé par macération de racines de belladone exotique dans du vin blanc et titre 2,50 % d'alcaloïdes totaux. Malheureusement les effets de ce vin sont strictement limités au temps d'administration du médicament.

C'est ainsi qu'une de nos malades avait comme traitement à son arrivée dans le service :

Six pilules de poudre de *Datura* à 0 gr. 10 et deux piqûres de bromhydrate de scopolamine au quart de milligramme, par jour.

Le traitement par le Vin Belladonné a permis de supprimer les piqûres et les pilules de *Datura* pendant deux mois. Devant la difficulté de s'approvisionner en Vin Belladonné on a dû cesser le traitement et revenir progressivement aux doses antérieures de *Datura* et de Scopolamine.

Le traitement par massages et mobilisations est difficile à réaliser vu le nombre important de ces malades; pourtant le maximum a été fait dans ce sens.

SCLEROSE EN PLAQUES

Ce sont des infirmes arrivés au stade ultime, ne régressant plus; les traitements électriques divers en-

trepris ont complètement échoué. Les scléroses en plaques sont cependant intéressantes à étudier et nous avons pu voir des cas où l'évolution se faisant brutalement, réalisait le syndrome de Landry.

Obs. — Monsieur Bou..., 25 ans.

Réalise le tableau typique de sclérose en plaques avec : Paraplégie spasmodique. Aux membres supérieurs, la force musculaire est normale. Il y a un tremblement intentionnel. La parole est scandée. Il existe du nystagmus. Les réflexes abdominaux sont abolis.

Brutalement, le 1^{er} mars 1937, accès convulsifs dans le membre supérieur gauche; le lendemain, le malade est comateux; la tension artérielle qui était à 11—7,5 reste inchangée; la fièvre monte à 39°; la respiration devient irrégulière avec pause; le cœur prend un rythme embryocardique et la mort survient. Les examens cliniques n'ont montré aucun phénomène infectieux.

Plusieurs cas analogues ont été constatés; aussi avec le concours de l'Institut Pasteur des essais de recherche du virus ont été entrepris par prélèvement du bulbe et de la moelle après la mort.

L'étude de ces cas neurologiques montre bien l'intérêt que les malades ont trouvé à Garches, beaucoup ayant été soulagés ou améliorés.

L'intérêt de l'Assistance Publique n'est pas moindre puisque de nombreux malades ne sont plus ou sont moins à la charge de l'Assistance. On peut opposer à ce point de vue le groupe des maladies osseuses et articulaires.

MALADIES OSSEUSES ET ARTICULAIRES

Les rhumatisants chroniques sont en nombre considérable, puisqu'ils représentent environ 1/4 de l'effectif.

L'atteinte est des plus diverses.

Les uns, hospitalisés pour des douleurs banales; d'autres ont des rhumatismes polyarticulaires ankylosants et sont confinés au lit; d'autres enfin déjà très touchés, impotents, continuent d'évoluer et sont en proie à des douleurs intolérables.

C'est dire que le traitement doit être double : soulager ceux qui souffrent, essayer de récupérer fonctionnellement ces malades. La tâche a été difficile : la plupart nous sont arrivés après de longs stages dans les hôpitaux de Paris sans que les dossiers constitués sur leur cas aient suivi; il a fallu reconstituer ces dossiers, refaire les radiographies de toutes les articulations, d'où difficultés considérables étant données les dépenses occasionnées.

A part quelques cas exceptionnels où un diagnostic étiologique a pu être posé et un traitement établi en conséquence, nous n'avons pu faire que des traitements banaux, lesquels ont donné peu de résultats.

Nous avons eu la chance de pouvoir dans certains cas faire un diagnostic étiologique.

Obs. 1. — Madame Ban...

Rhumatisme chronique, apparu après une longue histoire

de rhino-bronchite descendante avec dilatation des bronches. Les rhumatismes très douloureux déforment les mains, les pieds en leur donnant des aspects typiques.

Nous avons pu faire une culture des sécrétions rhino-pharyngées et bronchiques; grâce à l'obligeance du Docteur RAMON un filtrat a été préparé. Les piqûres intradermiques avec ce filtrat ont montré la sensibilisation de cette malade. La réaction locale cutanée est importante, et les douleurs articulaires subissent une recrudescence après les piqûres.

Un traitement de désensibilisation a été entrepris trop récemment pour que les résultats puissent être publiés.

Obs. 2. — Madame Tai...

Chez laquelle on a décelé un rhumatisme chronique infectieux; dans ses antécédents, on trouve des crises de rhumatisme articulaire aigu. L'histoire de la malade montre que les crises de rhumatisme chronique et de rhumatisme articulaire aigu relevaient de la même cause, la malade réagissant différemment suivant son âge.

Un traitement par intra-dermos a été également entrepris récemment.

A part ces faits on a dû se contenter de traitements physiothérapiques; les résultats ont été médiocres.

Obs. 1. — Monsieur Ves..., 57 ans.

Rhumatisme infectieux chez un spécifique, atteignant la colonne vertébrale, les articulations radio-carpiennes.

Le début remonte à 1932; le malade était traité à cette époque pour lumbago. A ce moment les examens ont montré en outre qu'il n'y avait pas de gonococcie.

La réaction de Bordet-Wassermann avait été positive en 1930. Tension artérielle : Max. 17—10 Min.

En 1937, à l'époque du traitement à Garches, la réaction de Bordet-Wassermann était négative.

On entreprend un traitement par ondes courtes sur la colonne vertébrale et les mains.

A la 15^e séance, la colonne est plus souple, mais les douleurs persistent.

A la 30^e séance, les douleurs au niveau des mains ont diminué; le malade mange seul, peut même tricoter.

Cependant les douleurs réapparaissent après le traitement et surviennent par crises aussi douloureuses que précédemment.

Obs. 2. — Monsieur Sau..., 74 ans.

Depuis 5 ans, le malade souffre du genou gauche; le genou est gros, globuleux, la marche est possible; de plus, douleurs dans les autres articulations sans déformation apparente.

Traité par ondes courtes : A la 15^e séance, la souplesse augmente, puis recrudescence brusque des douleurs; la marche devient plus difficile qu'auparavant.

Ces observations montrent qu'on est désarmé par l'évolution; rapidement le malade perd tout le bénéfice du traitement. Devant ces échecs on a essayé d'autres traitements électrothérapiques; parmi ceux-ci le traitement par téléradiothérapie semble donner d'excellents résultats.

Obs. 3. — Monsieur Sch..., 62 ans.

Rhumatisme vertébral. Le malade souffre beaucoup et reste immobilisé par les douleurs, faisant à peine quelques pas.

Traitement par les ondes courtes : les douleurs persistent avec des paroxysmes extrêmement pénibles; on fait de la radiothérapie sur la colonne lombaire sans obtenir de succès.

C'est alors qu'on entreprend un traitement par téléradiothérapie sur le tronc; au bout de quelques séances le malade souffre moins. La marche est facile et actuellement à la fin du traitement le malade fait de longues promenades à pied.

Cette méthode est donc plus favorable puisqu'elle amène la sédation des douleurs; l'épreuve du temps jugera de sa valeur.

MALADIE DE L'APPAREIL DIGESTIF

Ce sont pour la plupart des diabétiques.

Ces malades au nombre de 6 à 8 par étage sont groupés dans une salle spéciale de 8 lits. Ce sont des malades qui ont un diabète depuis de longues années. Le plus souvent, le régime suffirait à les maintenir aglycosuriques, mais pratiquement il est impossible de les surveiller car ils se promènent l'après-midi dans le parc et se font apporter des aliments du dehors, soit par leur famille, soit par les malades permissionnaires. On arrive cependant à les maintenir très longtemps en équilibre.

Chez ces malades, la mort survient le plus généralement brutalement; à l'autopsie on est étonné de trouver des lésions qui étaient restées latentes. De plus ces malades ont fait une longue évolution diabétique et présentent des complications telles que : artérite, polynévrite.

Obs. 1. — Madame Sal..., âgée de 69 ans.

La malade est diabétique depuis 12 ans; elle a fait en 1928 un mal perforant du talon gauche, un phlegmon du plancher de la bouche en 1931. Elle a été amputée d'un doigt de la main droite et du pied gauche pour gangrène par artérite.

Elle a actuellement une polynévrite diabétique traduite par une abolition des réflexes rotuliens. A son arrivée dans le service, la malade a en outre une pyurie.

La malade arrive avec un régime établi à Cochin. Ce régime nécessite 20 à 30 unités d'insuline par jour. Elle a très

mal supporté le transport de Cochin à Garches, et c'est un fait à signaler que quelques malades font à leur arrivée un accident aigu qui les emporte.

La malade est fébrile, abattue; le régime établi comme précédemment ne suffit plus; on augmente les doses d'insuline. Des vomissements apparaissent. La glycémie antérieurement à 2 g. 14 passe à 4 g. 82; le sucre disparaît des urines et la malade meurt dans un syndrome d'urémie digestive avec urée sanguine à 2 g. 43, alors qu'à Cochin elle se maintenait à 1 g. 74.

A l'autopsie on constate :

Aux poumons : Bien que cliniquement on ne trouvait que peu de signes anormaux : à *droite*, au sommet, 3 cavités anfractueuses dans le lobe supérieur; autour, lésions tuberculeuses de type broncho-pneumonique au stade de caséification; dans le lobe inférieur : aspect rouge pommelé avec foyers disséminés de broncho-pneumonie récente aiguë.

Poumon gauche : lobite supérieure, petites excavations multiples sans condensation péricavitaire.

Cœur : Athérome aortique et coronaire.

Rein gauche : Rein blanc de néphrite chronique; corticale et médullaire non différenciables; dans le parenchyme cavité avec caséum et sérosité.

L'examen bactériologique a montré que le pus du poumon contenait des Bacilles de Koch nombreux, formant de véritables amas.

Le pus du rein contenait également des Bacilles de Koch.

Obs. 2. — Madame Gou..., 74 ans.

Diabète ancien avec polynévrite. Artérite au membre inférieur droit; abolition des oscillations à la cuisse et à la jambe.

La malade a mal supporté son transport; 3 jours après son arrivée, fièvre à 39° qui se maintient en plateau; pas de sucre dans les urines; à l'examen clinique signes pulmonaires : matité d'une base — à ce niveau quelques craquements.

Malgré le traitement de l'affection pulmonaire, la tempé-

rature reste à 39° pendant 8 jours, puis s'élève à 39°5 et la malade meurt, sans glycosurie; la glycémie est à 1 g. 19.

A l'autopsie on trouve :

Poumons : Au lobe inférieur gauche, dans sa partie supérieuré, grosse excavation centrale et multiples excavations autour, remplies de caséum; toute la partie inférieure du lobe est infiltrée de nodules de broncho-pneumonie en voie de caséification.

Pancréas : Pancréatite chronique; sclérose de la tête du pancréas.

Artère iliaque interne gauche complètement oblitérée par un coagulum.

Ainsi chez les malades diabétiques leur fragilité connue s'est une fois de plus démontrée. Les cas de mort rapide ont eu lieu après leur arrivée : la fatigue, le refroidissement pendant le transport ont suffi à déclencher des accidents très graves.

Toutes les autopsies faites dans le service n'ont qu'exceptionnellement montré des signes d'atteinte pancréatique macroscopiquement visibles. Des recherches microscopiques ont été entreprises.

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

Nous ne dirons rien des cardiaques sinon que ce sont des malades en état d'hyposystolie chez qui il faut éviter les gros accidents de défaillance du cœur par l'administration des tonicardiaques. Il faut varier les médicaments car ces malades réagissent peu; de plus il faut au maximum réduire leur activité.

L'effort a surtout porté sur les vasculaires : d'une part les hypertendus, d'autre part les artérites.

Les hypertendus sont nombreux; ils sont hospitalisés soit pour les petits accidents de l'hypertension : vertiges, étourdissements, soit pour hémiplegie.

Les chiffres tensionnels de 22-25 de tension maxima sont courants; mais les malades les plus intéressants sont ceux dont la tension est variable. Bon nombre d'entre eux font des poussées hypertensives, d'autres au contraire font subitement un état de malaise avec chute tensionnelle, mort rapide dans le coma et c'est seulement à l'autopsie qu'on découvre un ramollissement récent.

Parmi le premier groupe de malades nous pouvons citer quelques observations typiques.

Obs. 1. — Madame Cui..., 80 ans.

Tension variable :

Max. 22 — 13 Min.

Max. 28 — 10,5 Min.

L'examen du pouls décèle un pouls lent permanent à 48; l'urée sanguine est à 0 g. 35 par litre.

L'examen neurologique montre une hémiplégie ancienne; brutalement la malade fait un nouvel ictus avec signe de Babinsky bi-latéral. La mort s'ensuit rapidement.

A l'autopsie :

Du cerveau : Piqueté hémorragique des noyaux gris centraux sans inondation ventriculaire.

Des poumons : Congestion intense des bases.

Obs. 2. — Madame Cap...

Hypertension variable.

Maxima	27	—	18	Minima
—	21	—	12	—
—	21	—	13	—
—	26	—	19	—

Puis au moment de sa mort :

Maxima	31	—	19	Minima
—	31	—	16	—

Au point de vue neurologique : hémiplégie droite ancienne. Au moment de la dernière poussée hypertensive, irritation du côté gauche avec secousses oculaires. Mort avec des signes de coma urémique. Urée sanguine : 1 g. 15.

A l'autopsie *du cerveau*, les artères de la base sont athéromateuses.

A la coupe :

dans le *cerveau gauche*, ramollissement ancien au niveau du noyau lenticulaire; piqueté hémorragique par suintement des veines dans la substance cérébrale.

Cerveau droit : ventricule latéral aplati. Plexus choroïdes réduits à un simple filament.

Au rein, aspect de néphrite chronique. Corticale amincie. Chaque rein pèse 50 grammes.

Citons un cas d'hypertension paroxystique qui a pu être opéré grâce à la collaboration médico-chirurgicale avec le service du Docteur DÉPLAT.

Madame Ben..., 48 ans.

La malade entre à l'Hôpital de la Pitié il y a deux ans pour des douleurs gastriques. Il y a 7 ans, elle a été opérée dans le service du Docteur GRÉGOIRE pour ulcère de l'estomac. De nouvelles douleurs apparaissent n'ayant aucun caractère ulcéreux et pour lesquelles la malade reçoit un traitement médical.

D'autre part, elle se plaint de douleurs violentes dans la tête qu'elle décrit comme des bruits sourds. Elle a été soignée très longuement pour son hypertension artérielle par des piqûres d'acétyl-choline à 0 g. 20 et d'octensanol.

Malgré ce traitement la tension est toujours élevée et variable. A quelques jours d'intervalle on trouve :

Maxima	16	—	8	Minima
—	18	—	10	—
—	20	—	10	—
—	17	—	10	—
—	23	—	13	—
—	20	—	10	—
—	26	—	7	—

Les troubles fonctionnels sont persistants et gênent beaucoup l'activité de la malade.

Les différents examens complémentaires ont montré :

Urée sanguine : 0 g. 45 par litre.

Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Numération globulaire : 5.560.000 — 12.000

A son arrivée dans le service, un examen complet de la malade a été fait :

Poumons normaux.

Cœur tachycardique. Pouls à 116.

A l'auscultation on trouve un souffle systolique au foyer aortique. Une radioscopie du cœur décèle un cœur volumineux, étalé; l'aorte est opaque, mais de calibre normal.

En outre, un examen oto-rhino-laryngologique a montré des tympanes scléreux, surtout à droite. L'examen vestibulaire a porté sur les épreuves caloriques qui sont normales pour les deux oreilles. L'excitation de l'oreille gauche a montré

que la déviation de l'index se fait vers la droite. Cet examen signe une anomalie d'origine centrale.

On a d'abord entrepris le traitement électrothérapique par les ondes courtes. Les symptômes fonctionnels se sont accentués. Devant de tels faits la malade est repassée à la Pitié où on lui a fait dans le service du Docteur DÉPLAT :

Une sympathectomie périrénale d'un côté.

Une surrénalectomie de l'autre côté.

Pendant huit jours, la tension a baissé et est restée stationnaire; malheureusement ce résultat n'a été que provisoire et rapidement les chiffres tensionnels antérieurs sont réapparus.

Nous avons cité cette observation pour montrer l'utilité qu'il y a d'envisager dans l'avenir la liaison médico-chirurgicale entre un service de malades chroniques et un service de chirurgie générale. Cette observation montre aussi la nécessité d'adjoindre au service de malades chroniques des consultations spécialisées.

A côté des malades qui font des accidents au moment des poussées tensionnelles, d'autres au contraire font des chutes tensionnelles entraînant des ramollissements cérébraux souvent mortels.

Obs. 1. — Madame Ven...

Diabétique ancienne, hospitalisée pour hémiplegie droite. On observe une chute tensionnelle à 15 maxima, 8 minima, puis une nouvelle chute tensionnelle avec maxima à 8, minima imprenable.

A l'autopsie on trouve un ramollissement ancien dans le cerveau gauche; dans le cerveau droit on trouve un ramollissement récent.

Obs. 2. — Madame Str...

Hémiplégie droite avec aphasie; brutalement la malade tombe dans un état de torpeur alarmant. La tension artérielle baisse à 13-8, puis à 10—6,5.

L'examen neurologique ne montre aucun signe nouveau.

A l'autopsie on trouve un ramollissement ancien dans le cerveau gauche et un ramollissement récent en arrière du foyer précédent.

Tous ces faits montrent que le traitement de l'hypertension des vieillards est délicat. On ne peut agir dans les poussées paroxystiques, n'en connaissant la cause qu'exceptionnellement. Dans les chutes tensionnelles la médication par les toni-cardiaques est entreprise toujours trop tard, le ramollissement se constituant dès le début, dès les premiers signes. Aussi se contente-t-on de maintenir ces malades en équilibre. Les traitements électrothérapiques ont pour but de diminuer les céphalées, les vertiges; on n'envoie au traitement que les malades ayant une tension stable, supportant mal leur hypertension, et chez qui l'on craint des poussées hypertensives. Le traitement donne des résultats intéressants.

Obs. 3. — Monsieur Sem...

Porteur d'une hémiplégie gauche apparue sans ictus le 4 octobre 1937. Ce malade est un hypertendu. La tension artérielle est à 25-14. Par l'interrogatoire on apprend qu'il a eu des céphalées violentes dans les jours qui ont précédé son hémiplégie.

Le malade se plaint de malaises qu'on rattache à l'hypertension. Un dosage d'urée sanguine donne le chiffre de 0 g. 43; la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Le malade est envoyé au traitement :

Après 15 séances d'ionisation la tension tombe à Max. 22 — 10 Min. On continue le traitement : la tension remonte à Max. 24,5 — 13 Min.

On entreprend alors de la radiothérapie sur la région rolandique; la tension baisse et se stabilise à Max. 21,5—13 Min. Les malaises se dissipent.

L'étude des artères du vieillard a été entreprise dans le service avec le concours du Docteur GUEDE, médecin consultant à Bains-les-Bains. Les résultats sont intéressants à signaler : ils feront l'objet d'un chapitre ultérieur.

Pour finir ce chapitre sur l'activité du service, nous rendrons compte de l'importance et de l'intérêt des consultations spécialisées, adjointes à l'Hôpital en rapportant ici les examens effectués.

Grâce à l'obligeance de Monsieur le Docteur DOLRUS, Ophthalmologiste des Hôpitaux, Chargé de la consultation d'Ophthalmologie à l'Hôpital Raymond Poincaré, nous avons établi la statistique des examens pratiqués pendant l'année. Le nombre de ces examens s'élève à 234, dont voici la répartition :

69 examens pour réfractions.

50 — sans résultats au cours de maladies
diverses.

21 cataractes.

19 atrophies optiques chez des malades atteints de sclérose en plaques.

12 examens de motilité oculaire chez des Parkinsoniens.

12 examens chez des tabétiques.

12 — pour conjonctivites.

10 glaucomes.

9 chorio-rétinites ont été décelées.

8 examens de diabétiques ont montré 6 rétinites.

5 orgelets.

2 rétinites hypertensive et Brightique.

3 synchisis étincelants.

Enfin des cas plus rares :

Kératite interstitielle.

Luxation du cristallin.

Thrombose de l'artère centrale de la rétine.

Un examen pour tumeur cérébrale.

Une névrite optique.

Une tumeur de l'orbite.

Deux corps étrangers de la cornée.

Deux examens pour larmoiement.

Une blépharite.

Rappelons que la consultation d'Ophtalmologie de l'Hôpital Raymond Poincaré a lieu une fois par semaine seulement. Les cas aigus sont dirigés sur l'Hôtel-Dieu où 3 opérations pour glaucomes ont déjà été pratiquées. L'exposé de ces faits montre l'activité de cette consultation d'Ophtalmologie et l'utilité de développer encore les consultations spécialisées.

CHAPITRE III

REACTIONS HEMORRAGIQUES AU COURS DES LESIONS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL

Au cours des autopsies faites systématiquement et complètement sous la direction du Docteur KOURILSKY, l'attention a été attirée par la concordance des troubles vasculaires cérébraux et des congestions veineuses périphériques (foie, poumons). Neuf observations ont été réunies dont nous signalerons les 2 plus caractéristiques.

Madame Cou..., 62 ans.

La malade a présenté subitement un tableau avec torpeur. Fièvre à 39°. La tension reste stationnaire à max. 19 — 13 min., puis 20—13. Au moment de sa mort, tension à max. 18—14 min. La malade n'a pas reçu de toni-cardiaques.

Autopsie :

Cerveau très congestionné. Athérome cérébral très marqué. Artère sylvienne saillante et indurée.

A la coupe, congestion avec piqueté hémorragique du centre ovale. Plexus choroïdes distendus d'apparence bulleuse. Au niveau de la protubérance on observe une tache hémorragique avec caillot adhérent à la protubérance.

Foie : grosse stase veineuse; par endroit, aspect de foie cardiaque.

Poumons : Le poumon gauche est rouge foncé avec ten-

dance à l'infarctissement hémorragique. La base du poumon droit est occupée par un volumineux infarctus.

Reins congestionnés.

Madame Ber..., 73 ans.

Hémiplégie droite ancienne avec aphasie. Morte dans la torpeur progressive, avec somnolence. Pas d'autre signe. A reçu du solucamphre. Avant la mort, tension à Max. 10 — 6,5 Min.

Autopsie : On trouve un ramollissement ancien en avant de la scissure de Rolando, un ramollissement récent à droite atteignant la frontale ascendante. Œdème des choroïdes.

Poumon droit congestionné avec œdème à l'état de pureté dans les 3 lobes.

Foie petit, gorgé de sang veineux noir.

Surrénale : La médullo-surrénale est injectée de sang.

Madame Mon..., 68 ans.

Cliniquement, polyomyélite antérieure subaiguë. Morte avec douleurs abdominales très vives. Ballonnement du ventre. Fièvre à 39°. Tension artérielle avant la mort : 11—6,5. La malade a suivi un traitement à la digitaline.

Autopsie :

Cerveau : congestion veineuse. Ventricule droit considérablement dilaté. Ventricule gauche, au contraire, oblitéré. A la coupe les noyaux gris présentent un aspect dilacéré.

Rien à l'abdomen.

Poumons : lobe inférieur gauche hémorragique avec par endroit de véritables aspects d'infarctus. Le lobe inférieur gauche est rouge carminé. Le lobe inférieur droit en entier est hémorragique. Le lobe supérieur droit a un aspect carminé.

Le *foie* est gorgé de sang.

La *rate* est congestionnée.

Les observations de ce genre sont multiples, mais le fait que souvent il s'agissait de malades hyperten-

du, nous interdit de tirer une conclusion. C'est pourquoi, nous avons cité ces deux dernières observations où la tension est basse. La congestion terminale des organes que nous avons constatée pourrait faire penser à une stase veineuse par défaillance cardiaque. En réalité, chez les malades que nous avons étudiés plus spécialement à ce point de vue, il semble qu'il n'en soit pas ainsi. D'une part, la mort survient rapidement en 24 à 48 heures, d'autre part, il est de règle de soutenir le cœur dès que l'on soupçonne une infection quelconque pouvant retentir sur l'état vasculaire. Ces malades ont reçu soit de la digitale à petite dose, soit de l'ouabaïne ou encore du solucamphre; en tout cas, aucun n'est mort avec des signes de défaillance cardiaque telle que : œdème, oligurie, gros foie. Aussi peut-on se demander si chez ces malades les processus encéphaliques vasculaires sont primitifs et amènent une congestion généralisée des organes, ou si plutôt, et c'est l'hypothèse du Docteur KOURILSKY, il survient à un moment donné, sans que la cause en soit parfaitement établie, un dérèglement cardio-vasculaire avec congestion de tous les organes; cette congestion portant également sur l'encéphale de ces malades athéromateux dont la matière cérébrale a perdu sa tonicité et semble prédisposée par l'atteinte antérieure à un accident vasculaire terminal.

Enfin la troisième hypothèse qui peut être soulevée serait celle de l'administration des toni-cardiaques.

Contre cette hypothèse nous dirons que nous

n'avons pas constaté ces anomalies chez des malades soumis aux toni-cardiaques pour cardiopathies. A l'autopsie, l'encéphale était normal sans congestion.

Il semble donc qu'il y ait primitivement un dérèglement vasculaire. Les toni-cardiaques sont seulement administrés chez ces malades quand l'attention est attirée par un état infectieux, pulmonaire ou autre. En tout cas les toni-cardiaques sont toujours donnés à doses faibles :

Soluté au millième de Digitaline : V gouttes par jour
Ouabaïne intra-veineuse : 1/8 de milligramme.

EXAMEN ARTERIEL CHEZ LE VIEILLARD

Nous allons voir maintenant les travaux entrepris sur la circulation artérielle du vieillard. Ces travaux ont été effectués par Monsieur le Docteur GUEDE, assistant bénévole du service. Ils montrent l'absence d'identité entre les troubles cliniques et les tests fournis par l'indice oscillométrique pris au Pachon.

Chez les diabétiques nous avons vu la fréquence des artérites; ce qui frappe surtout, c'est la conservation de la vitalité des membres atteints alors que l'examen oscillométrique fait après bain chaud, montre l'absence de battements artériels. Chez les nombreux diabétiques en traitement à Garches les complications artérielles n'ont jamais entraîné d'accidents graves.

Chez les autres malades des examens ont été faits systématiquement et on a été frappé de trouver chez nombre d'entre eux présentant cliniquement peu de signes, des diminutions considérables des indices oscillométriques à une jambe.

Obs. 1. — Monsieur Dre...

Malade diabétique, ancien syphilitique. Au point de vue cardiaque l'examen montre une arythmie complète. Le malade a des troubles trophiques cutanés et des varices aux membres inférieurs; indépendamment des varices, les membres inférieurs ont un aspect normal. La chaleur des membres est normale. Pas de douleurs.

Les oscillations prises au Pachon, à la cheville droite, montrent 1/10 d'oscillation avec les pressions de 8 et 7 centimètres de mercure. A la cheville gauche, les oscillations sont abolies.

<i>A l'artère tibiale droite :</i>	Pressions	Oscillations
	13	1/2
	12	1
	11	2
	10	3 1/2
	9	3 1/2
	8	2
	7	1
<i>A l'artère tibiale gauche :</i>	13	1/2
	12	1
	11	1 1/2
	10	2
	9	2
	8	1
	7	1/2

Après l'épreuve du bain chaud à 40°, pendant 10 minutes les jambes sont rouges. Les oscillations prises aux chevilles sont sans changement; elles sont augmentées aux artères tibiales.

Obs. 2. — *Madame Gon...*, 55 ans.

Les oscillations ont été prises dans les mêmes conditions.

A LA CHEVILLE DROITE.

	Pressions	Oscillations
<i>En position couchée :</i>	25	1/2
	24	3/4
	23	1
	22	1
	21	1 1/2
	20	1 1/2
	19	1 1/2
	18	1 1/2
	17	1 1/2
	16	1 1/2
<i>En position assise :</i>	27	1/2
	26	3/4
	25	1
	24	1
	23	1
	22	1
	21	1
	20	1
	19	1
	18	1
	17	1
	16	1/2

A LA CHEVILLE GAUCHE.

<i>En position couchée :</i>	16	1/10
	15	1/10
<i>En position assise :</i>	16	1/10
	15	1/10

Les 2 pieds sont aussi chauds l'un que l'autre; leur coloration est normale en position couchée, mais violacée en position assise. Après bain chaud de 10 minutes à 42°, coloration normale des 2 pieds.

	Pressions	Oscillations
CHEVILLE GAUCHE.		
<i>En position couchée :</i>	16	1/4
	15	1/4
	14	1/4

CHEVILLE DROITE aucun changement.

Obs. 3. — Madame Bor...

Malade hypertendue. A l'auscultation du cœur on trouve un souffle systolique mitro-aortique. Cliniquement, l'examen artériel montre que les pieds et les mains sont souvent froids : le pied gauche est plus froid que le pied droit. Aux membres supérieurs, les artères humérales sont dures à la palpation. L'examen oscillométrique donne :

A LA CHEVILLE DROITE.

	Pressions	Oscillations
<i>En position couchée :</i>	21	1/2
	20	1/2
	19	2
	18	2
	17	5
	16	3
	15	3
	14	2 1/2
	13	2
<i>En position debout :</i>	21	1
	20	1
	19	1
	18	1
	17	1/2
	16	1/4

A LA CHEVILLE GAUCHE.

<i>En position couchée :</i>	16	1/4
	15	1/2
	14	1/2
	13	1/2
	12	1/2
	11	1/4

En position debout : aucune oscillation.

Le pied gauche se cyanose après compression et après la station verticale. Après bain chaud de 10 minutes à 43°, les 2 pieds sont rouges.

CHEVILLE GAUCHE.

	Pressions	Oscillations
<i>En position couchée :</i>	18	1 1/2
	17	1
	16	1
	15	1 1/2
	14	1 1/2
	13	1 1/2
	12	1

En position debout : aucune oscillation.

CHEVILLE DROITE.

	Pressions	Oscillations
<i>En position couchée :</i>	21	1/2
	20	1/2
	19	1
	18	2 1/2
	17	2 1/2
	16	3
	15	3
	14	2
	13	1 1/2
	12	1

	Pressions	Oscillations
<i>En position debout :</i>	22	1
	21	1
	20	2 1/2
	19	2 1/2
	18	2 1/2
	17	2
	16	2
	15	1
	14	1/2

Ces examens montrent que l'oscillométrie donne des résultats trop pessimistes et que chez le vieillard il faut surtout se laisser guider par l'examen clinique.

ETUDE RADIOGRAPHIQUE DE LA CALCIFICATION VERTEBRALE

L'étude de la calcification vertébrale chez le vieillard a été entreprise avec la collaboration de chirurgiens spécialisés dans les maladies osseuses. L'impossibilité de faire doser le calcium sanguin a ralenti cette étude qui actuellement porte uniquement sur les radiographies des colonnes vertébrales. Les malades choisis sont des malades, aux colonnes souples, ne se plaignant d'aucune douleur vertébrale, ne ressentant aucune gêne fonctionnelle. Cette étude a pour but de fixer la limite à partir de laquelle on peut déclarer anormal un aspect radiographique.

Obs. 1. — Monsieur Wil., 72 ans.

Au point de vue clinique : colonne vertébrale souple.

Profil thoracique : Grosses calcifications pulmonaires; calcifications disséminées de la crosse de l'aorte.

Colonne vertébrale : Nombreux becs de perroquet sur le bord antérieur des vertèbres avec une soudure nette entre la 11^e et la 12^e dorsale. Rugosités du bord antérieur de la 12^e dorsale. — Décalcification très légère.

Profil lombaire : Bonne calcification.

Becs antérieurs à toutes les vertèbres.

Aorte abdominale non calcifiée.

Colonne lombaire de face : Déformation considérable des vertèbres avec soudure par des becs entre

S 1 et L 5 à droite

L 4 et L 5 à droite

Très gros pont osseux entre :

L 3 et L 4 à gauche

L 2 et L 3 à gauche

D 12 et L 1 à gauche

du côté gauche les becs arrivent au contact avec les soudures; on trouve un pont à droite entre D 10 et D 11. Très légère calcification des cartilages costaux. Décalcification légère de tout le rachis.

Radio dorsale haute de face :

Scoliose légère à droite.

Du côté gauche ombre en croissant qui semble être dans la crosse de l'aorte.

Obs. 2. — Madame Con...

Radio de profil gauche : Le rachis de profil paraît normal, sauf une légère cyphose haute sans déformation vertébrale. Trois disques intervertébraux légèrement rétrécis en avant. Léger demi-deuil.

Profil lombo-sacré : athérome très marqué de l'aorte. Contour des vertèbres normal.

De face : légère ondulation des crêtes iliaques. Décalcification nette du bassin et de la région lombaire. Calcification des cartilages costaux des dernières côtes. Pas de bec de perroquet net.

Radio cervicale de face : Rien d'anormal si ce n'est une légère décalcification.

Obs. 3. — Madame Bar..., 68 ans.

Colonne souple supposée normale.

Profil thoracique : Calcification notable du hile pulmonaire. Aspect des vertèbres normal sauf demi-deuil et petite déformation au niveau de la 11^e dorsale.

Profil lombaire : Calcification aortique en regard de L 3 et L 4. Demi-deuil.

De face : becs de perroquet latéraux arrivant au contact entre :

L 2 et L 3

D 10 et D 11

D 9 et D 10

D 7 et D 8 du côté droit.

Décalcification nette.

Colonne dorsale supérieure : de face continuation des becs de perroquet. Rachis cervical très décalcifié.

La décalcification de la colonne vertébrale, la production des becs de perroquet, allant jusqu'à la soudure de plusieurs becs entre eux sont des faits d'observation courante et qui le plus souvent ne se traduisent par aucun signe clinique. Une critique sévère des radiographies sera donc nécessaire avant de rapporter à des déformations de la colonne vertébrale les troubles fonctionnels ou douloureux fréquemment observés chez le vieillard.

CHAPITRE IV

Nous avons fait un bilan de la mortalité dans l'Hôpital durant une année. Nous en avons recherché les principales causes pour mettre en lumière l'amélioration de l'état sanitaire, apportée par la nouvelle formule de l'Hôpital-Hospice.

Par comparaison, nous donnerons le résultat des améliorations fonctionnelles se traduisant par le nombre des malades placés, le nombre de malades sortis valides.

Les statistiques faites dans le service du Docteur KOURILSKY montrent que la mortalité est répartie dans l'année d'une manière presque uniforme avec une recrudescence manifeste à la période d'hiver et aux changements de saisons.

Sur 600 lits occupés nous avons enregistré en :

Février 1937 ..	10 morts	Août	6 morts
Mars	9 —	Septembre ...	11 —
Avril	12 —	Octobre	14 —
Mai	7 —	Novembre	9 —
Juin	10 —	Décembre	15 —
Juillet	12 —		

Les conditions épidémiologiques tels la grippe, les catarrhes saisonniers, influencent nettement la mor-

talité. Au moment d'une épidémie grippale au mois de décembre 1937 l'état sanitaire était excellent jusqu'au 9 du mois. Voici la répartition des décès avant et après le 9 :

Avant le 9 décembre : 1 décès.

Après le 9 décembre : 14 décès.

9 décembre	1 décès
10 —	1 —
12 —	1 —
16 —	1 —
19 —	2 —
23 —	1 —
24 —	1 —
25 —	2 —
26 —	1 —
28 —	2 —
31 —	1 —

7 décès ont eu lieu dans le service du 2^e étage du pavillon B, 4 au premier étage du pavillon B, 3 au rez-de-chaussée du même pavillon et 1 au 3^e étage du pavillon C.

Chez la plupart des malades la mort survient rapidement en deux à trois jours. L'affection chronique semblait bien supportée, puis brusquement la fièvre s'allume, le malade est dans un état comateux. L'examen clinique fait à ce moment montre peu de signes et il est rare qu'un diagnostic exact puisse être posé. Le plus souvent l'attention est attirée avant la mort sur les poumons ou sur le système nerveux.

Les causes pulmonaires sont de beaucoup les plus fréquentes. On peut dire que c'est la broncho-pneumonie qui emporte le plus grand nombre de malades. Elle revêt le plus fréquemment la forme à foyers disséminés qu'on observe à tous les stades; on rencontre aussi la forme pseudo-lobaire.

Plus rarement l'affection pulmonaire revêt la forme pneumonique : nous signalerons deux cas seulement de mort par pneumonie en voie de suppuration.

La congestion pulmonaire est une cause de mort extrêmement fréquente. Si à elle seule elle n'entraîne pas toujours la mort elle se retrouve très souvent comme lésion surajoutée.

La tuberculose pulmonaire est responsable de plusieurs décès : c'est toujours une découverte d'autopsie, car les malades reconnus tuberculeux évolutifs sont envoyés dans des services spécialisés.

Une autre cause importante de décès est constituée par le ramollissement cérébral. Une statistique est ici impossible à établir car à l'autopsie on trouve fréquemment cette lésion :

25 fois sur 115 cas

alors que bien souvent le malade n'est pas mort du ramollissement cérébral, mais d'une infection surajoutée. Il est également difficile d'apprécier les ramollissements récents car si certains sont indiscutables on a parfois à faire à des malades polyscléreux qui ont plusieurs petits ramollissements cérébraux et qui ont été emportés par une infection intercurrente.

Enfin dans bien des autopsies on trouve des mul-

multiples lésions siégeant sur différents organes et il est impossible de dire qu'une lésion définie a déterminé la mort du malade. Il n'en est pas de même pour les cancéreux. On a contrôlé ou découvert à l'autopsie dans l'année 1937 :

2	cancers de l'estomac,
2	— du rein,
1	— du colon gauche,
1	— du poumon,
2	— de la vessie,
1	— du rectum.

Les morts par cause cardiaque sont très difficiles à apprécier; on trouve souvent à l'autopsie un cœur flasque, mou ou largement distendu et c'est seulement à la clinique qu'il appartient d'incriminer la cause cardiaque comme primitive. Nous avons observé deux cas où l'on a trouvé une péricardite, l'une séreuse, l'autre hémorragique.

Une autre cause de mortalité est la mort par escarres. Longtemps l'escarre est bien supportée, puis brutalement la fièvre apparaît et le malade meurt de broncho-pneumonie ou de septicémie.

Obs. Madame Pet..., 60 ans.

Malade gâteuse, hospitalisée depuis trois mois dans le service. La température est légèrement oscillante à 37°5-38°. Il existe une grosse escarre dénudant le sacrum. L'état général est précaire. L'état reste stationnaire plusieurs mois; rien à signaler au niveau de l'escarre, puis brutalement la température s'élève à 39, puis 40°; la tension artérielle est à Max, 24 — 9 Min.

La malade est comateuse. On ne trouve aucun signe pul-

monaire. On fait une hémoculture : il pousse des staphylocoques. La malade meurt le lendemain.

L'autopsie a été pratiquée le 21 avril :

Foie petit : 900 grammes. Cirrhotique et infectieux. Gros rein blanc.

Surrénales : fermes; hyperplasie; médullaire hémorragique.

Rate énorme : 700 grammes, couleur rouge foncé avec hémorragies disséminées.

Poumon gauche : lobe inférieur turgescent.

Poumon droit : base congestionnée.

Cœur flasque, petite plaque de péricardite adhésive sur la face antérieure du ventricule gauche.

Enfin nous signalerons les autres causes de mortalité que nous avons relevées :

ACCIDENTS D'ORDRE CHIRURGICAL :

a) Occlusions vraies qu'on est dans l'impossibilité d'opérer du fait qu'elles se révèlent toujours à bas bruit, les malades étant fréquemment en état de subocclusion qui se complète insensiblement. Du fait de l'âge avancé des malades les interventions pratiquées ont donné de mauvais résultats.

b) Hydrocholécyste : un cas.

c) Ulcère perforé et bouché : un cas.

d) Hématome extra dure-mérien : un cas.

D'autres fois la mort a été causée par :

Cirrhose de Laënnec,

Tumeur cérébrale,

Septicémie : 3 cas dont une à pneumocoques.

Anémie non cancéreuse,

Polyglobulie,

Hémorragie intestinale.

Le nombre considérable des autopsies dont nous avons été témoin nous a permis de faire un relevé de lésions très diverses. Certaines étaient des découvertes d'autopsie, comme :

Tumeur de la faux du cerveau,

Atélectasie du poumon gauche,

Ostéochondrome au niveau de la 6^e côte,

Kystes congénitaux du poumon,

Tumeur du corps thyroïde,

Adénome spongiocytaire de la surrénale.

D'autres lésions avaient évolué à bas bruit sans donner de signes francs et c'est seulement à l'autopsie qu'on a pu poser le diagnostic :

d'Endocardite végétante des sigmoïdes aortiques,

d'Infarctus du myocarde,

de Péritonite purulente enkystée,

d'Abscess du rein.

Nous ferons une place à deux affections qui ont été fréquemment rencontrées :

les LITHIASES VÉSICULAIRES qu'on trouve dans un tiers des autopsies de femmes,

les KYSTES RÉNAUX :

27 cas sur 109 autopsies

soit kystes de la grosseur d'une noisette siégeant dans la corticale et généralement au nombre de 2 ou 3; soit gros kyste unique de la grosseur d'une mandarine, refoulant le parenchyme rénal. Sur les 27 cas observés, un seul répondait à la description des reins

polykystiques. Etant donné le nombre important de kystes rénaux observés on a essayé de les déceler cliniquement mais sans succès.

Le nombre de décès enregistrés à l'Hôpital Raymond Poincaré pendant l'année 1937 est de :

249

Ce chiffre ne doit pas être considéré comme excessif si l'on tient compte que l'Hôpital comprend 1.400 lits, que l'on a à faire à des malades considérés déjà comme incurables et dont l'âge moyen est de 67 ans.

Par contre, pendant la même année :

152 malades

ont été placés dans des Hospices de vieillards,

30 malades

sont rentrés chez eux valides. Enfin depuis leur arrivée un grand nombre de malades améliorés ont fait des demandes de placement qui suivent leurs cours.

Les résultats ont donc été satisfaisants pendant la première année d'ouverture de l'Hôpital-Hospice de Garches. Il nous a semblé qu'ils pouvaient être encore améliorés et dans nos conclusions nous soumettons les possibilités nouvelles d'amélioration que nous envisageons et les efforts qu'elles demandent.

CONCLUSIONS

L'étude pendant un an du fonctionnement général d'un service de l'Hôpital Raymond Poincaré nous a suggéré quelques réflexions qui serviront de conclusions à cette thèse.

L'Hôpital-Hospice de Garches, tel que l'a conçu l'Assistance Publique et tel que l'ont organisé les chefs de service sous une forme active, donne des résultats nettement supérieurs à ceux précédemment obtenus dans le traitement des maladies chroniques.

L'ancienne conception revêtait trois formes :

Soit l'Hospice où étaient accolés à des services d'aigus des services de chroniques. Ceux-ci fonctionnaient comme Hospices de vieillards sans surveillance médicale régulière, avec seulement une infirmerie et la possibilité éventuelle de passer dans un service actif;

Soit l'Hôpital où étaient réunis dans le même service, aigus et chroniques, les chroniques étant relégués dans des salles spécialement réservées, immobilisant ainsi de nombreux lits et réduisant d'autant l'activité du service;

Soit l'Hôpital de désencombrement ouvert seulement pendant quelques mois en hiver, et comprenant uniquement des salles de malades.

Nous avons pu constater que cette nouvelle formule d'Hôpital-Hospice présente l'avantage de pouvoir suivre, traiter et récupérer bon nombre de malades qui encombraient jusqu'ici les services hospitaliers. Sont susceptibles de récupération les hémiplésies, les polynévrites, quelques rhumatisants chroniques et certains malades atteints d'affections cardiovasculaires.

Indépendamment de son rôle médico-social l'Hôpital-Hospice présente un grand intérêt d'enseignement :

1) Du point de vue didactique, on peut présenter des malades réalisant des syndromes typiques;

2) On possède une gamme d'affections très rares avec plusieurs malades permettant ainsi une étude comparative.

L'intérêt scientifique d'une telle formation est considérable. L'étude clinique des maladies encore évolutives peut être poursuivie durant un temps très long; l'étude anatomique peut être faite d'une façon systématique; l'étude physio-pathologique peut être conduite dans tous ses détails; enfin l'étude expérimentale de certaines maladies peut être entreprise sur place étant données les possibilités remarquables d'emplacement pour la création de Laboratoires de Recherches et d'une animalerie modèle, formations plus difficiles à insérer dans le cadre des hôpitaux urbains. L'Hôpital-Hospice se prête donc à un travail scientifique approfondi, depuis la simple statistique jusqu'à l'expérimentation la plus stricte.

Nous concluons que l'expérience de l'Hôpital-Hospice a pleinement réussi, mais cette formule appelle de nouvelles améliorations pour obtenir un meilleur rendement.

Il faudrait :

— *Augmenter le personnel spécialisé* (massages, physiothérapie, mécanothérapie).

— *Développer la liaison avec un service de chirurgie spécialisée* (orthopédie, par exemple).

— *Augmenter le nombre des consultations spéciales pour assurer une autonomie plus complète de l'Hôpital-Hospice.*

— *Assimiler l'Hôpital-Hospice à un Hôpital actif du point de vue du personnel et de l'appareillage.*

— *Créer des Laboratoires de Recherches* dont nous avons parlé.

Ces points acquis permettront de faire de l'Hôpital de Garches un véritable.

« CENTRE DE TRIAGE »

des malades en instance de placement. En récupérant un plus grand nombre de malades, l'Assistance Publique trouvera largement la compensation des frais supplémentaires entrepris.

Enfin émettons l'espoir que ce travail attirera l'attention sur l'Hôpital Raymond Poincaré et facilitera ainsi son essor. Les cas cliniques cités tout au long de cette thèse donnent une note exacte de l'importance du service.

Il serait souhaitable que l'activité de l'Hôpital puisse être développée avec le concours des organisations responsables de la Recherche Scientifique et l'appui de l'Assistance Publique.

Vu : Le Président de Thèse,
CROUZON.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.*

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

